



(第15回研修医症例報告会) 腎移植後のpneumocystis jirovecii肺炎(PCP肺炎)再燃に対して,コントロール難渋し死亡した1例

著者名	平田 大地, 石山 雄大, 土岐 大介, 吉野 真紀, 橘 秀和, 山下 かおり, 近藤 恒徳
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	91
号	1
ページ	126-127
発行年	2021-02-25
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032868

○小林訓子¹・佐倉 宏²・小川哲也²・
大前清嗣²・◎堀本 藍²・西沢蓉子²

症例は50代男性。X年2月、腎細胞癌肝転移に対してニボルマブ+イピリミマブが開始された。X年3月、2コース目の翌日に皮疹と頭痛が出現し、その10日後から39℃の発熱、喀痰、手の震え、発汗を自覚した。血液検査でFT3 12.33 pg/ml, FT4>6.00 ng/dl, TSH 0.024 μ IU/mlであり免疫チェックポイント阻害薬による甲状腺中毒症が疑われたため東京女子医科大学東医療センター内科紹介となった。X年4月内科で頻脈や手指振戦などの症状に対し、チアマゾール 15 mg とビソプロロール 0.625 mg が開始されたが症状は増悪し、5日後に緊急入院となった。甲状腺エコーでは両葉に不整形低エコー域の散在を認め、免疫チェックポイント阻害薬による破壊性甲状腺炎と診断した。輸液や内服薬による対症療法を行い頭痛や下痢などの症状は改善したが、倦怠感と食欲不振は改善しなかった。入院15日目にコルチゾール<0.06 μ g/dl, ACTH 2.8 pg/ml が判明し、副腎不全の合併が疑われたため、同日よりヒドロコルチゾン 10 mg の内服を開始した。下垂体MRIではトルコ鞍に結節性病変が認められ、下垂体炎が疑われた。その後、症状を見ながらヒドロコルチゾンを増量し、20 mg で倦怠感と食欲不振は改善し歩行可能となったため、入院29日目に退院となった。免疫チェックポイント阻害薬による内分泌障害の合併を認めた1症例を経験したため報告する。

6. カルシフィラキシーの1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター、
²皮膚科, ³泌尿器科, ⁴形成外科) ○角田秀貴¹・
◎梅垣知子²・石崎純子²・
田中 勝²・土岐大介³・近藤恒徳³・
中尾 崇⁴・片平次郎⁴・八巻 隆⁴

52歳男性。大動脈弁置換術、僧帽弁置換術後でワーファリン内服中、冠動脈バイパス術後、ペースメーカー植え込み術後、二次性副甲状腺機能亢進症の既往あり。膜性増殖性糸球体腎炎による慢性腎不全のため透析施行中。2週間ほど前より激痛を伴う尿道口の皮疹を自覚。近医受診したが症状が改善せず、当院皮膚科に紹介受診された。初診時、陰茎先端尿道口周囲に2 cm 大の不整形潰瘍あり。皮膚生検を施行し、有棘細胞癌は否定されたが、有意な所見は得られなかった。造影CTでは陰茎背動脈や下腿の動脈壁に石灰化が見られた。プロスタグランジン軟膏外用を開始したが亀頭部壊死が進行し、激痛が持続したため、当院泌尿器科にコンサルトした。初診2か月後、左大腿の中央に黒色壊死組織を付着する激痛を伴う潰瘍が出現し、皮膚生検で皮下脂肪織の小動脈の内膜に石灰化があった。初診3か月後、陰茎部分切除を施行し、同部の激痛は改善した。切除した陰茎の病理

組織においても小石灰化が散見された。初診6か月後、当院形成外科にて、両大腿の潰瘍のデブリードマンと、壊死が進行した左母指の切除を施行した。血液検査ではCa(補正)10.7 mEq/L, P 6.8 mg/dL, intact PTH 154 pg/mL と上昇していた。カルシフィラキシーは長期透析中の患者を中心として血管に石灰化を生じ、激痛を伴う潰瘍が急速に拡大する疾患である。疾患自体の認知度が高いとは言えず、また、現在有効な治療法は確立されておらず、一般的に予後不良である。文献的考察を加えて報告する。

7. 抗MDA5抗体陽性の皮膚筋炎の1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター、
²皮膚科) ○徐 健智¹・梅垣知子²・
◎石崎純子²・田中 勝²

〔症例〕63歳女性。〔主訴〕手指背側の皮疹、全身倦怠感。〔現病歴〕初診の2週間前より手指背側の暗紫色皮疹に気づき、その後全身倦怠感が出現し前医を受診した。ステロイド外用を処方されたが改善せず、当院皮膚科に紹介となった。〔初診時現症〕両指関節背部に暗紅色斑と丘疹(ゴットロン徴候)、手指屈側に紅斑と落屑(逆ゴットロン徴候)、肘頭部に角化性紅斑(ゴットロン徴候)、両手手指側面に角化性紅斑(メカニックハンド)がみられた。後爪郭に毛細血管拡張あり。背部では掻痒を伴う浮腫性紅斑と、線状紅斑(flagella erythema)がみられた。明らかな筋力低下および筋麻痺はなかった。〔臨床検査所見〕筋原性酵素ではCK 146 U/L と正常範囲であるが、アルドラーゼ 9.6 U/L と上昇あり。特異的自己抗体は、抗MDA5抗体が3,100(基準値32未満)と著明に上昇し、抗ARS抗体、抗Mi-2抗体、抗TIF1- γ 抗体は陰性であった。胸部CTで下肺野にすりガラス様陰影があり間質性肺炎が疑われた。〔病理組織学所見〕背部より生検した。表皮基底層は液状変性を呈し、真皮浅層から中層にかけて血管周囲性にリンパ球、組織球の浸潤がある。〔考察〕抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎では、急速進行性間質性肺炎を高率に生じ生命予後が不良である。筋症状に乏しい無筋症性皮膚筋炎を呈するため、特徴的な皮膚所見が診断の鍵となる。早期診断、早期治療が救命率の向上に重要である。

8. 腎移植後のpneumocystis jirovecii肺炎(PCP肺炎)再燃に対して、コントロール難渋し死亡した1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター、
²泌尿器科) ○平田大地¹・
石山雄大²・◎土岐大介²・吉野真紀²・
橘 秀和²・山下かおり²・近藤恒徳²

〔緒言〕非HIV患者のニューモシスチス(pneumocystis jirovecii: PCP)肺炎は死亡率が高く予防および治療に注

意を要する。腎移植患者でのPCP肺炎再燃に対し集学的治療を行うもコントロールに難渋し死亡となった症例を報告し、その予防や治療について考察する。〔症例〕57歳男性。糖尿病性腎症を原疾患とする末期腎不全に対し2015年4月に献腎移植を施行され、東京女子医科大学東医療センターで移植後フォローを行っていた。2020年1月にPCPを発症し当院内科で入院加療され、プレドニゾロンとST合剤の内服で寛解となった。以後、タクロリムス徐放剤4 mg、ミコフェノール酸モフェチル (MMF) 1,000 mgの免疫抑制剤とST合剤の予防投与で管理されていた。2020年7月に38度台の発熱を主訴に来院し、胸部CTで両側すりガラス陰影を認めた。COVID-19感染症をPCRで否定した上で細菌性肺炎やPCPの再燃を鑑別としてST合剤とセフトリアキソンで治療を開始した。入院初期は酸素需要なく経過するも入院3日目に急激に酸素化不全の進行を認め、胸部X線写真で浸潤影は著明に増悪していた。リザーバマスク、nasal high flowと酸素投与デバイスを変更するも改善せずBiPAPへ移行した。また内科コンサルトの上ステロイドパルス療法を開始し、抗菌薬もメロペネムへのescalationを行った。呼吸状態は改善せず気管挿管を勧めるも本人の拒否強く、やむなくBiPAPを継続した。加療は奏功せず入院7日目に意識レベルの低下を来し心肺停止となった。本人は拒否していたものの家族の希望強く緊急で気管挿管および心肺蘇生を開始したが、蘇生できずに死亡となった。〔結語〕治療に難渋し救命困難であった腎移植後のPCPの1例を経験した。

9. Xp11.2 転座型腎細胞癌 (Xp11.2-tRCC) ~ Adolescent and young adult (AYA) 世代、希少がんの1例

(¹卒後臨床研修センター, ²病理診断科,

³病理学講座 (病態神経科学分野), ⁴泌尿器科)

○野村 隼¹・山本智子^{2,3}・

高木敏男⁴・◎長嶋洋治²

〔背景〕小児と成人の間に当たるAYA世代にはがんの症例数が少ない一方、治療レジメンの確立されていない希少がんが多く、治療に難渋することが多い。Xp11.2-tRCCはX染色体11.2バンド上に位置するTFE3遺伝子を巻き込んだ染色体転座を特徴とする腎細胞癌の新規組織型である。小児や若年成人の腎腫瘍としては腎芽腫に次いで多い。今回、我々はAYA世代に発生したXp11.2-tRCCを経験したので報告する。〔症例〕18歳女性。腰痛を主訴に近医受診。放射線画像検査から右腎腫瘍が見出された。泌尿器科でロボット支援下腎部分切除術が施行された。現在、今後の治療計画を検討中である。〔病理学的所見〕検体には28 mm径の淡黄色腫瘍が見られた。組織学的には乳頭管状構築からなり、腫瘍細胞の細胞質は混濁していた。免疫染色でTFE3が核に陽性を示し

た。形態と併せてXp11.2-tRCCと診断した。同時に提出された腎門部リンパ節に転移が見られた。〔考察〕Xp11.2-tRCCは成人腎細胞癌の約1.6~4.0%、小児例の約40%を占める。小児例は予後良好だが、成人例は予後不良と報告されている。患者はAYA世代で、リンパ節転移も見られたことから、慎重な経過観察と必要に応じての追加治療を要する。現時点では本組織型に特化した補助療法はない。本症例のようなAYA世代の希少がんに対しては、多数例を集約しての検討と有効な治療法の確立が求められる。

10. 遷延するBCG接種後リンパ節炎から慢性肉芽腫症の診断に至った1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,

²小児科) ○藤崎真由子¹・池野かおる²・

◎老谷嘉樹²・大谷智子²

〔緒言〕慢性肉芽腫症 (CGD) は食細胞の活性酸素産生障害による原発性免疫不全症であり、原発性免疫不全症の中では比較的頻度の高い疾患である。〔主訴〕腋窩リンパ節腫大。〔既往歴〕肛門周囲膿瘍などの易感染性は認めない。〔家族歴〕特になし。〔現病歴〕10か月男児。生後5か月時にBCGを接種した。生後7か月時、母が左腋窩リンパ節腫大に気づき、当院小児科紹介初診となった。超音波検査で、左腋窩に楕円形、境界明瞭の高エコー像のリンパ節腫大を認めた。膿瘍形成はなく、血液炎症反応も陰性でありBCG接種後リンパ節炎と考え経過観察を行った。生後10か月時、持続する発熱を主訴に再受診した際に、左腋窩リンパ節腫大も増大していたため精査入院となった。左腋窩以外の全身リンパ節の腫大はみられず、BCG接種部位は軽度発赤し、痂皮が付着していた。T-SPOTは陰性であった。胸部CT検査では、肺野に小結節を認めた。CGDを疑い、DHR123を使用したフローサイトメトリーによる好中球殺菌能検査を行ったところ、NADPH oxidase活性は低下していた。遺伝子検査でもCYBBのミスセンス変異を認め、X連鎖CGDの診断に至った。左腋窩リンパ節腫大はST合剤の内服後、縮小傾向にある。〔考察〕日本におけるBCG接種後リンパ節腫大の発生頻度は約1%であり、無治療で自然経過するとされる。しかし、リンパ節腫大が遷延する場合には、既往に易感染性がない症例においてもCGDを疑う必要があると考えられる。

11. コロナ禍を背景に心因反応と考えられていた多彩な症状を呈した前頭葉てんかんの1例

(¹卒後臨床研修センター, ²小児科)

○東野里香¹・◎西川愛子²・大川拓也²・

柳下友映²・伊藤 進²・永田 智²

6歳男児。既往歴なし。2020年3月に転居、4月に小